

6 / 1 (火) の発表

はじめよう、つづけよう。

「北海道スタイル」



～新型コロナウイルスに強い北海道をつくる～ 北海道スタイル

報道発表資料の配付日時 6月1日(火) 15時00分

発表項目 (行事名)	道立病院における医療事故等の公表について(令和2年度下半期)		
記者レクチャー のお知らせ	(実施日時)	発表者	
		発表場所	
概要	<p>平成18年度から公表している道立病院における医療事故等について、「道立病院における医療事故等の公表基準」に基づき、令和2年度下半期(令和2年10月～令和3年3月)における医療事故等の発生状況を公表します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>公表内容～別添資料のとおり</p>		
参考	<p>本件の内容は、当局のホームページ(http://www.pref.hokkaido.lg.jp/d/b/bkk/iryujiko.htm)でも公表を行っております。</p>		

報道(取材)に当たってのお願い			
他のクラブとの関係	同時配付	(場所)	
	同時レク		

担当 (連絡先)	道立病院局病院経営課人材確保対策室(担当:柴田) TEL ダイヤルイン 011-204-5233 内 線 25-853		
-------------	---	--	--

道立病院における令和2年度下半期の医療事故等の発生状況について

道立病院局

道立病院では、病院運営の透明性を高め、道民の医療に対する信頼を深めるとともに、職員の意識を高め、医療における安全管理体制の向上を図ることを目的として、平成18年3月に「道立病院における医療事故等の公表基準」を定め、年2回、半期毎に発生状況を公表しており、令和2年度下半期の状況を取りまとめた。

1 インシデントの発生状況について

(1) インシデントの定義

患者に被害が発生することはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした出来事を言う。

(2) インシデントの区分及び発生状況

区 分		令和2年度下半期
1	前もって気づいた事例（薬の取り違えなど）	644 件 (40.3%)
2	処置や治療を要しなかった事例（転倒など）	954 件 (59.7%)
合 計		1,598 件 (100.0%)

(3) インシデント発生件数の推移

区 分	令和2年度	令和元年度	平成30年度
上半期実績	1,854 件	1,648 件	1,451 件
下半期実績	1,598 件	1,379 件	1,275 件
年間実績	3,452 件	3,027 件	2,726 件

2 医療事故の発生状況について

(1) 医療事故（アクシデント）の定義

疾病そのものではなく、医療に関わる場所で、医療の全過程において発生する人身事故一切で、医療行為や管理上の過失の有無を問わない。

(2) 医療事故（アクシデント）の区分及び発生状況

区 分		令和2年度 下半期
小 ↑ 患者への影響 ↓ 大	1 確認のための検査の必要性が生じた事例 簡単な処置や治療を要した事例	58件 (79.5%)
	2 処置や治療を要した事例	9件 (12.3%)
	3 濃厚な処置や治療を要した事例	6件 (8.2%)
	4 永続的な障害や後遺症が残った事例	0件 (0.0%)
	5 死亡した事例	0件 (0.0%)
合 計		73件 (100.0%)

(3) 医療事故発生件数の推移

区 分	令和2年度	令和元年度	平成30年度
上半期実績	80件	121件	86件
下半期実績	73件	85件	112件
年間実績	153件	206件	198件

(4) 公表区分別内訳

区分	対 象 事 例	件数	公表時期	摘 要
一括公表	事故区分1の事例及び事故区分2～4のうち医療過誤が認められない事例	67件	半 期 毎	・件数のみ公表
概要公表	事故区分2及び3のうち医療過誤が認められる事例	6件	半 期 毎	・事例ごとに概要を公表
個別公表	事故区分4のうち医療過誤が認められる事例及び事故区分5の事例	0件	原則随時	・患者及び家族の同意を得たうえで公表
合 計		73件		—

※ 医療過誤とは、医療事故のうち、医療の遂行過程において、医療従事者の故意又は過失があり、患者に被害が発生し、且つ故意・過失と被害との間に因果関係があると認められるもの。

(5) 概要公表の事例

区分	概要	原因	改善・対応策	
事故区分2 処置や治療を要した事例	事例1	外来リハビリが終了し、職員が装具装着のため横になるよう促したと同時に、患者が横になり、木製の台に後頭部が当たり、傷が生じたため、処置をした。	職員が周囲を確認せず、横になるように促してしまった。また、患者がすぐに行動に移すことを予想していなかった。	予想される姿勢変換後の範囲内に障害物を置かないなど、注意して、対応に当たる。
	事例2	腹部状態確認のためにレントゲン撮影をしたところ、患部とは別の上腕骨と大腿骨の骨折が確認されたが、受傷から発見まで2週間を要していた。	骨折しやすい患者であるという情報の共有が不十分で、連日レントゲンを撮っていたが、病変部以外に注意を払えていなかった。	骨折の危険性について、事前に職員間での情報共有を徹底し、レントゲンの確認は部位を限定せず観察する。
	事例3	看護師と看護補助者の介助で、車椅子からベッドへ移動した際に下肢をぶつけ、大腿骨に亀裂が生じ、外からの固定が必要となった。	患者の下肢の可動域の情報を共有しないまま、介助を行った。	骨折の危険性のある患者の情報を共有するとともに、理学療法士による安全な移動介助方法の研修会を実施した。
	事例4	手術の際、投与すべき薬剤を間違え、すぐ気がつきに処置をしたが、呼吸回数の減少や意識レベルの低下が生じたため、更に処置を行い、患者の状態は回復した。	薬剤の使用時に、呼称確認をしておらず、使用済みの残薬と使用予定薬を同じ台に置いていた。	指さし呼称確認を遵守し、使用済みの残薬と使用予定薬の保管場所を別に定めた。
事故区分3 濃厚な処置や治療を要した事例	事例5	下肢の骨折治療の手術後、股関節に痛みと内出血があり、手術時の体位固定によって骨折が生じていることが判明し、再手術となった。	手術時の体位固定で無理な姿勢となり、負荷がかかった。	患者の手術前の生活状況、身体データの情報共有を行い、手術時の安全な体位固定の工夫と検討を行う。
	事例6	下肢の骨折治療の手術後、踵から先の感覚がなく、運動麻痺があり、リハビリを行っている。	手術手技により神経が損傷した。	手術手技に、より一層、細心の注意を払う。

3 今後の対応について

医療事故等の発生状況や個別事例の概要などについて、各道立病院の医療安全の担当者を対象とした、医療安全推進担当者会議等を開催して情報を共有し、各病院に設置する医療安全管理委員会等を通じて、病院職員に注意喚起を図る。

また、各病院で、新型コロナウイルス感染症対策を講じた上での、医療安全研修会の開催やオンライン等で開催される院外の研修会や会議への参加など、引き続き医療事故等の発生防止に向けて取り組む。